…………………….dnia……………….

………………………………….

 (imię i nazwisko)

………………………………….

 (adres zamieszkania)

………………………………….

 (PESEL)

………………………………….

 (nr telefonu)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Świnoujściu**

**WNIOSEK**

**rozliczeniowy dotyczący faktycznie poniesionych kosztów opieki**

**za miesiąc………………………..**

Oświadczam, że od …………….……...do…….....................

 (data) (data)

1. Pozostawałam(em) w zatrudnieniu\*\* w ………………………………………………………

 ( nazwa pracodawcy)

1. Uzyskałam(em), nie uzyskałam(em)\* wynagrodzenie lub inny przychód w wysokości przekraczającej minimalne wynagrodzenie za pracę.
2. Za rozliczany miesiąc uzyskałam(em) wynagrodzenie w kwocie brutto………………….zł
3. Poniosłam(em) koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną\* w wysokości wskazanej w załączonym zaświadczeniu/fakturze tj. w kwocie……………………………zł

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Świnoujściu o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku.

 ……………………………….

 (podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Rachunek (faktura) potwierdzający(a) wysokość poniesionych kosztów opieki za wnioskowany miesiąc.

2. Dokument potwierdzający wysokość przychodu brutto w miesiącu rozliczeniowym\*\*

\*niewłaściwe skreślić

\*\*dotyczy osób, które podjęły zatrudnienie